

Trabajo Fin de Grado

Título del trabajo: “La prevención de la drogodependencia desde el ámbito escolar”.

Autor/es

Beatriz Sabaté López

Director/es

Natalia Sobradíel

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2018

Índice

Introducción	5
Justificación	6
Conceptos básicos.....	6
Definiciones	¡Error! Marcador no definido.
Trastornos relacionados con sustancias según el DSM V	9
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas según el CIE 10	10
Bases psicológicas para la prevención de drogas	11
Factores de riesgo del consumo de drogas en los niños y los adolescentes	12
Teorías y modelos explicativos en la prevención de drogas.....	13
Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes	14
Teorías y modelos de estadios y evolutivas	17
Teorías y modelos integrativos y comprensivos	19
Prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar	23
Prevalencia del consumo de drogas en los jóvenes españoles que se encuentran en edad escolar	26
Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España.....	26
Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.....	33
Planes de prevención a nivel nacional	40
Plan Nacional Sobre Drogas	40
Estrategias Nacionales Sobre Drogas (2000-2016)	42
Planes de Acción Sobre Drogas (2009-2016).....	45
Planes de prevención a nivel autonómico	46
Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2005-2008)	46
II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2010-2016)	47
Planes de prevención a nivel municipal.....	49
Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones (2011-2017)	49
Programas municipales de prevención de drogas	51

Programas específicos de prevención de drogas desde la escuela;**Error! Marcador no definido.**

Conclusiones	55
Referencias bibliográficas.....	57
Anexo I	62
Anexo II	73

“La prevención de la drogodependencia en el ámbito escolar”

“The prevention of drug dependence at school”.

- Elaborado por Beatriz Sabaté López.
- Dirigido por Natalia Sobradíel.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2018
- Número de palabras:17.768

Resumen

El consumo de drogas, es un hecho que lleva produciéndose en la sociedad española desde hace muchos años. Con el paso del tiempo y los cambios que se han producido en la sociedad, la escuela se ha convertido en un recurso primordial para la prevención del consumo de drogas. Dado su carácter socializador, y a través de la Educación para la salud, los alumnos tienen a su disposición diferentes estrategias y habilidades que les lleven a tomar decisiones sobre hábitos de vida saludables.

Palabras clave

Educación para la salud, prevención, drogodependencia, consumo, alcohol, tabaco, cannabis.

INTRODUCCIÓN

Dada la situación en la que nos encontramos en España en la que cada vez vivimos en una sociedad más consumista, los roles hacia los que encaminamos a nuestros jóvenes haciendo que cada vez adopten roles de adultos a edades más tempranas y el acceso que existe a las sustancias tanto legales como ilegales se han convertido en los principales factores para que los adolescentes españoles que se encuentran en edad escolar, empiecen a probar sustancias (alcohol, cannabis y tabaco) y las consuman de manera regular.

Gracias al recorrido histórico que se realiza en este trabajo, se observa como el consumo de drogas es un problema que ha sufrido la sociedad desde hace años y al que se la ha intentado poner solución por medio de diferentes planes y estrategias nacionales como son el Plan Nacional sobre Drogas, la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) y (2009-2016), el Plan de Acción sobre Drogas (2009-2012) y (2013-2016), la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2015-2016, la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 2014; a nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón, el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2005-2008), el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2010-2016) y a nivel municipal, en este caso centrado en la provincia de Huesca el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017).

Este Trabajo Fin de Grado tiene como objetivos los siguientes:

- comparar la evolución del perfil de los menores que inician el consumo de drogas desde hace unas décadas hasta la actualidad.
- dar a conocer la importancia de la escuela como medio preventivo en el consumo de drogas, analizando algunos programas que se han puesto en marcha en este ámbito, y la gran variedad de recursos de los que disponen los centros educativos para trabajar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones.

A través del análisis y recogida de datos de diferentes encuestas, tanto a nivel nacional como autonómico, los resultados reflejan que el consumo de drogas está sufriendo cambios conforme va modernizándose la sociedad. Uno de los datos más llamativos de

dichas encuestas es la edad media de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis.

JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas en nuestro país se está convirtiendo en problema que afecta a toda la sociedad desde hace unas décadas hasta la actualidad. A través de distintas estrategias y planes de actuación, el problema del consumo de drogas se debe erradicar desde la prevención primaria y secundaria.

En mi caso, como futura maestra, y siendo la escuela uno de los agentes más influyentes en la prevención de drogas, es mi responsabilidad fomentar en los alumnos prácticas de hábitos saludables, educar en la salud, ofrecer estrategias de actuación tanto a alumnos como a sus familiares ante situaciones problemáticas.

CONCEPTOS BÁSICOS

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), creó un organismo denominado Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948, y que estaba especializado en la prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

En 1986, se hizo la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de la cual se emitió la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud con el objetivo de “Salud para Todos en el año 2000.”

Dicha carta fue creada para dar respuesta a las demandas de un nuevo concepto de salud pública en todo el mundo. Para promocionar la salud hay que dotar a todos los ciudadanos de los medios necesarios para que puedan tener un bienestar físico, mental y social para poder satisfacer sus necesidades, sus aspiraciones en un entorno favorable. Por este motivo, los grupos sociales y profesionales sanitarios son solo un mediador ante esta situación, ya que el sector sanitario necesita coordinarse con los gobiernos, sectores sociales, económicos y las organizaciones benéficas.

En España se crea el Plan Nacional sobre Drogas para luchar contra el consumo de drogas. Esta lucha tiene que basarse tanto en la prevención individual como colectiva.

Tal y cómo explica este Plan, el consumo de drogas es uno de los problemas que mayor preocupación provoca en la sociedad española. Para que podamos entender mejor dicho Plan, creo que es necesario hacer una pequeña explicación sobre las definiciones básicas del tema.

Definiciones

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el término de **droga** como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”.

En 1982, la OMS delimitó las sustancias que producían dependencia a través del término **droga de abuso** “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”.

Otros conceptos importantes que hay que definir son los términos de uso, hábito y dependencia. El **uso** (Lorenzo, 2009) es el “consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc”. El **hábito** (Lorenzo, 2009) consistiría en la “costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos”.

El **abuso** viene definido por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo en diversos individuos o de la sociedad en general” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009). La OMS (1992) lo define como “uso esporádico, excesivo o persistente, no relacionado con la práctica media aceptable”.

La OMS (1992) define el **abuso** bajo cuatro criterios, uso no aprobado (si está legalmente sancionado), uso peligroso (cuando se produce en una situación de riesgo orgánico o no es el momento), uso dañino (las personas que consumen se encuentran dentro de una situación que produce una disminución de la tolerancia) y uso que provoca una disfunción.

La **dependencia** es definida por la OMS (1982) como un “síndrome que implica un esquema de comportamiento en la que se establece una gran prioridad para el uso de una

o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

El CIE-10 (1992) utiliza el término de **consumo perjudicial**, “forma de consumo que está afectando ya la salud física o mental (daño para la salud)”. Para diagnosticarlo se determinan cuatro criterios que podrían resumirse en existencia de consecuencias sociales adversas, la reprobación por terceros no es suficiente para este diagnóstico, las intoxicaciones agudas no son suficientes para considerarlas “daño de salud” y no debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas.

Otro término importante al que hay que hacer referencia es el de **drogodependencia**. La primera definición que existe es la que hizo la OMS (1964), y la definió de la siguiente manera:

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizada por: un deseo dominante para continuar tomando la droga obtenida por cualquier medio, tendencia a incrementar la dosis, dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga y efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Más adelante, en 1982, la OMS la definió como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancia(s) psicoactiva(s) determinada(s), frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”. Además puntualiza que “existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”. En cuanto al DSM V, se combinan los conceptos de abuso y dependencia en un único trastorno que puede ir desde leve hasta severo, los criterios diagnósticos siguen unos criterios generales pero cada una de las sustancias se atienden por separado.

Según Martín del Moral y Lorenzo (2009) desde las primeras definiciones de drogodependencia, se han definido dos tipos de dependencia, pero en la actualidad ya se añade un tercer tipo. Estas son física, psicológica y social. Aunque cada una de ellas tiene unos síntomas y causas propias, las tres se caracterizan porque la conducta final es la misma, la obtención y consumo de la droga.

Por último, el **síndrome de abstinencia** son las reacciones físicas que se dan en el organismo de una persona que deja de consumir la sustancia a la que tiene una adicción.

Para finalizar con el apartado de definiciones sobre los conceptos básicos, la OMS (2008) define el término de adicción a las drogas o alcohol como “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir, tiene dificultad para interrumpirlo y se muestra decidido a conseguir la sustancia”.

Este trabajo se centra en el consumo de tres sustancias, alcohol, cannabis y tabaco, puesto que son las sustancias tanto legales como ilegales más consumidas en España por los jóvenes que se encuentran en edad escolar.

Trastornos relacionados con sustancias según el DSM V

Los trastornos relacionados con sustancias, según el DSM V, abarcan diez tipos de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias.

Los trastornos relacionados con estas sustancias se dividen en dos grupos, los de consumo de dicha sustancia y los inducidos.

A continuación, se presenta una clasificación de los trastornos relacionados con el alcohol, el cannabis y el tabaco según el DSM V ya que son las tres drogas que más se consumen entre los jóvenes de hoy en día. Los trastornos producidos por estas tres sustancias tienen la misma denominación (cambiando el nombre de la sustancia) y en el caso de la nicotina o tabaco se nombra un nuevo trastorno, por lo que en este trabajo se van a nombrar en una única lista de clasificación.

En el anexo I, se encuentra una tabla con los criterios diagnósticos de cada uno de ellos.

Trastornos relacionados con el alcohol (pp. 259-264), trastornos relacionados con el cannabis (pp. 267-272), trastornos relacionados con el tabaco (pp. 306-309):

1. Trastorno por consumo de alcohol/cannabis/tabaco o nicotina.
2. Intoxicación por alcohol/cannabis.
3. Abstinencia de alcohol/tabaco.
4. Otros trastornos inducidos por el alcohol/cannabis: trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño, disfunción sexual y trastorno neurocognitivo mayor o leve.
5. Trastorno relacionado con el tabaco no especificado.

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas según el CIE-10.

Según el CIE- 10 dentro del grupo de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, incluye trastornos muy diversos que van desde la intoxicación no complicada hasta los cuadros psicóticos y de demencia producidos por un consumo perjudicial, es decir, estos trastornos se clasifican dependiendo de su gravedad.

A continuación, se hace referencia a la clasificación descrita por dicho manual. En el anexo II, podrán encontrar una tabla más detallada en la que se explica el trastorno mental y del comportamiento y la circunstancia de dicho trastorno.

Tabla 1. Trastornos relacionados con sustancias. CIE 10

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (p.98)	Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de drogas (p.99)	Factores relacionados con el tabaco (p.99)

Dependencia de alcohol con intoxicación no especificada	Dependencia a drogas	Dependencia a nicotina no especificada, sin complicaciones
Dependencia de alcohol, sin complicaciones	Dependencia de otra psicoactiva, sin complicaciones	Historia personal de dependencia a nicotina
Intoxicación accidental por alcohol. Como no especificado	Abuso de drogas	Contacto y (sospecha de) exposición al humo del tabaco ambiental (agudo y crónico)
Abuso del alcohol con intoxicación, no especificada	Dependencia a drogas con abstinencia	Exposición perinatal al humo de tabaco (tabaquismo de los padres)
Dependencia de alcohol con abstinencia	Dependencia de drogas	Intoxicación por tabaco y nicotina
Intoxicación accidental por alcohol	Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas	Hábito de fumar (tabaco) que complica embarazo, parto y puerperio
		Consumo de tabaco (eventual, no constante)

BASES PSICOLÓGICAS PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS

El consumo de drogas (Becoña, 2007) se ha convertido en un gran problema social de los últimos años. La psicología estudia el comportamiento humano, para comprender la conducta, los procesos mentales, los procesos sociales y los biológicos. Por tanto, el consumo de drogas requiere de una explicación bio-pisco-social.

Existen tres motivos principales por los que se debe prevenir el consumo de drogas en niños y adolescentes. El primero es evitar que de adultos se conviertan en adictos o abusadores. El segundo evitar enfermedades físicas y reducir la probabilidad de que padezcan enfermedades mentales que estén directamente relacionadas con el consumo (Becoña, 2003). El tercero evitar el paso del consumo de drogas legales a drogas ilegales (Kandel y Jessor, 2002).

Factores de riesgo del consumo de drogas en los niños y los adolescentes.

Gracias al avance en la investigación sobre la etiología del abuso de drogas en la adolescencia, se han podido identificar múltiples factores de riesgo del consumo y factores protectores que reducen la probabilidad de abuso (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Factores macrosociales.

- Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.
- Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.
- Publicidad.
- Asociación del alcohol y drogas de síntesis en el ocio.

Factores microsociales.

- Estilos educativos inadecuados.
- Falta de comunicación y clima familiar conflictivo.
- Consumo familiar de alcohol.
- Influencia del grupo de amigos.

Factores personales.

- Desinformación y prejuicios.
- Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis.

- Déficit y problemas del adolescente.

Los diferentes factores de riesgo y protección pueden afectar a los niños mientras se encuentran en las distintas etapas de su vida pudiendo ser modificados gracias a las intervenciones preventivas. Las intervenciones se pueden realizar en cinco ámbitos que se representan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Factores de riesgo y de protección dependiendo del ámbito de intervención.

Factores de protección	Ámbito de intervención	Factores de riesgo
Auto-control	Individual	Conducta agresiva precoz
Monitoreo de los padres	Familia	Falta de supervisión de los padres
Aptitud académica	Compañeros	Abuso de sustancias
Políticas anti-drogas	Escuela	Disponibilidad de drogas
Fuerte apego al barrio	Comunidad	Pobreza

La Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, indica que las etapas de cambios en los alumnos, como el paso a la adolescencia es una etapa muy importante, en la que la relación con la familia es primordial, ya que los adolescentes se encuentran más vulnerables a probar ciertas sustancias (drogas legales) y si este abuso perdura en el tiempo dará paso al consumo de drogas ilegales.

TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS EN LA PREVENCIÓN DE DROGAS

Dentro del campo de las drogodependencias, no siempre existe una concordancia entre la prevención, los programas preventivos y el modelo teórico, dado a que es un ámbito de estudio joven. A continuación, se va a detallar la clasificación de las teorías y modelos que según Becoña (2002) es más relevante. Existen tres bloques:

1. Teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes.
2. Teorías y modelos de estadios y evolutivas.
3. Teorías y modelos integrativos y comprensivos.

Teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes.

Este grupo de teorías se caracteriza por la explicación del consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes.

Teorías y modelos biológicos.

La adicción como un trastorno con sustrato biológico y la hipótesis de la automedicación, en la que el individuo consume la sustancia porque ha descubierto que una vez probada, su organismo puede autorregularse (Casas et al., 1992).

La mayor parte de los pacientes con trastornos mentales por abuso de drogas que se automedican, lo hacen porque sufren otros trastornos de tipo biológico, que le hacen consumir estas sustancias de manera directa o indirecta.

Modelo de creencias de salud y de competencia.

Derivación del modelo de promoción de la salud y de la salud pública. El núcleo de este modelo es intervenir mediante la anticipación de los problemas. Sus objetivos principales son: promover la competencia individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes (Costa y López, 1996).

Se centra en dos tipos de personas, las que no han probado las drogas, intentando que no lleguen al inicio del consumo, y las personas vulnerables a las que se les proporciona una intervención con estrategias preventivas.

Teorías de aprendizaje. Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y teoría del aprendizaje social.

Las teorías del aprendizaje tienen como objetivo principal la intervención preventiva siguiendo las leyes de los distintos paradigmas de aprendizaje.

Teorías actitud-conducta. Teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada.

La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988) se utilizan para predecir la conducta a través de las intenciones, creencias y actitudes, ya se encuentren solas o vayan acompañadas de otros componentes.

Para Maya y Holgado (2004) los dos componentes de estas teorías son la presión social que puede percibir la persona y la actitud que el individuo adopta sobre la misma.

Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan y el modelo basado en la afectividad de Pandina et al.

El modelo de mejora de la estima de Kaplan et al (1986) se basa en el supuesto de que los adolescentes buscan la aceptación de su grupo a través de conductas que no son aprobadas por las personas importantes que le rodean, lo que conlleva a un malestar psicológico con la aparición de sentimientos de autorrechazo. El consumo de drogas se contempla como una conducta “delincuente”. Para Vega et al (1996) las variables existentes son las siguientes: uso ilícito de drogas, autorrechazo, disposición a la desviación, drogas utilizadas y aprobadas por sus iguales y haber tenido problemas con el consumo de sustancias.

En la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996) un acto desviado de la norma es visto como un acto adaptativo por dicha persona, pudiéndole llevar a realizar actos ilegales que no le causarán preocupación y que le alejarán de los adultos o personas importantes que tiene como referencia. La conducta desviada se produce debido a la debilidad de la persona por cometer esos actos desviados junto con el reforzamiento positivo que recibe por parte de sus iguales al realizarlo.

El modelo basado en la afectividad de Pandina et al (1992) considera la afectividad como un proceso esencial en la determinación de la conducta y su control, por lo que los individuos que no disponen de un reforzamiento positivo es más probable que terminen consumiendo drogas.

Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico.

Estas teorías se centran en el supuesto de una disfunción de la familia, lo que conlleva a que se produzcan este tipo de conductas de consumo o debido al consumo de alguno de los miembros de la familia (Waldrom, 1998). Para los jóvenes la familia es el sistema social básico, las personas que conforman este grupo, son las primeras personas con las que se establece relación por lo que las actitudes que se adopten en este grupo influyen en todos los miembros.

El modelo social de Peele

El modelo social de Peele (1985) se basa en cómo responde la persona a nivel fisiológico, emocional y conductual a la experiencia del consumo de drogas, por lo tanto es nuestro estilo de vida, debido a nuestra cultura el que favorece las adicciones.

Para Peele, el factor clave para no convertirse en un adicto es que la persona sea capaz de controlar la conducta adictiva; en el caso en que la conducta se convierta en adictiva, el tratamiento consiste en la adquisición de nuevos patrones de conducta para reestructurar la personalidad.

Otros modelos teóricos. El modelo de Becker, el modelo de Burgess y el modelo de afrontamiento del estrés de Wills.

Becker (2004), en su Teoría económica de los bienes ilegales: el caso de las drogas, defendía que había que legalizar las drogas e imponerles un precio de venta alto, de esta manera se combatiría el consumo de sustancias y no como se hace en la actualidad, prohibiendo su uso.

Burgess (1997), afirma que el uso de la palabra prevención en muchas ocasiones se hace de manera genérica, sin especificar si se habla de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Wills et al. (1996) crean el modelo de afrontamiento del estrés en el que defienden que el apoyo emocional que proporcionan los padres es un factor de protección frente al consumo de sustancias, ya que el inicio del consumo se debe al estrés de vida que pueden sufrir las personas y el consumo es una manera de afrontarlo.

Teorías y modelos de estadios y evolutivas.

Como su propio nombre indica, estas teorías basan su explicación en los estadios del desarrollo evolutivo respecto a la madurez.

Modelo evolutivo de Kandel (1975).

Parte de la teoría de la socialización. Está basado en una secuencia o evolución ante el consumo de drogas, el primer paso es el consumo de drogas legales o sustancias de iniciación, dando paso a la marihuana o cannabis, pasando finalmente al consumo de otras drogas ilegales.

Kandel (1975) describe cuatro etapas por las que pasan los individuos que consumen drogas: cerveza o vino, cigarrillos o licores, marihuana y otras sustancias ilegales.

Las secuencias no son iguales en todos los sujetos ya que también influyen las relaciones con la familia y con los iguales, pero el consumo de una sustancia en una de las fases incrementa la posibilidad de pasar a la siguiente fase de consumo.

Modelo de etapas motivacionales de Werch y DiClemente (1994).

Basado en los estadios de Prochaska y DiClemente (1983), para Werch y DiClemente (1994) los estadios sufren un continuo que abarca desde el no uso de drogas hasta el uso de drogas de manera continua. El continuo de estadios se caracteriza por la adquisición y el abandono de la droga, éstos son cinco: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento.

Para estos autores también existen dos niveles de prevención de la salud. La prevención primaria se focaliza cuando no existe consumo o están en la etapa de experimentar, mientras que la prevención secundaria se enfoca en que haya un cambio que haga que el individuo deje de usarlas o que permanezca sin consumir.

Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al (1998).

Este modelo está basado en un conjunto de teorías como la teoría del control social, el modelo de desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas.

Esta teoría también se le conoce como efecto Pigmalión o modelo de comunicación de expectativas. Da una gran importancia a la familia, pero también hay que destacar que la conducta se adquiere por imitación (condicionamiento vicario) y que la manera en que pensamos y creemos es realmente en función de cómo nos ven y nos tratan los demás.

Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996).

Este autor expone que los elementos primordiales del modelo son el control personal y la eficacia. La persona que no tiene metas personales, le puede ocasionar alienación y estado depresivo por lo que deberá de responder a sus necesidades y presiones.

Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996).

Durante la madurez y con el paso de asumir los roles de adultos de manera temprana, los adolescentes pasan por dificultades para poder llevarlos a cabo produciéndose una incorrecta adquisición de las habilidades psicosociales para el éxito cuando sean adultos. Otro momento de vital importancia es la transición de la infancia a la adolescencia, es decir, la pubertad.

El consumo de sustancias crea la aparición de problemas en las áreas importantes de la vida ya que interfiere con el desarrollo físico y emocional, produciendo un desarrollo precoz al que le añadimos falta de maduración, de habilidades sociales y un no adecuado apoyo social y relaciones personales.

Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992).

Glantz (1992) propuso un modelo que está basado en los factores de riesgo que están relacionados con la etiología del abuso de sustancias y con los principios básicos del desarrollo.

Esta teoría se diferencia de las demás en la orientación psicopatológica que hace Glantz en referencia al desarrollo y los antecedentes existentes desde la primera infancia. Dicho autor considera estos periodos: neonatal (0-3 meses), infancia (3-10 meses), en el que el niño empieza a dar sus primeros pasos (1-2 años), preescolar (3-4 años), escolar temprano (5-7 años), infancia media y tardía (8-11 años) y adolescencia.

Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlso (1996).

Este modelo es uno de los más utilizados en los programas preventivos de tipo comunitario. Se caracteriza por tres factores: la predisposición, el uso de drogas y el sistema permitido.

En cuanto a la predisposición se consideran los antecedentes genéticos, constitucionales, psicológicos y socioculturales. Con respecto al uso de drogas, se tiene en cuenta la iniciación y la progresión. Por último, el mantenimiento de este consumo se produce debido al sistema en el que nos encontramos que permite dicho consumo, haciendo que los sujetos tengan una enfermedad/dependencia hacia dicha sustancia.

Teoría de la socialización primaria de Oetting et al (1998).

El objetivo de esta teoría es solucionar las limitaciones de las teorías anteriores, ya que para ellos, su teoría se centra en las conductas problema, por lo tanto se tiene que centrar en el consumo de drogas. Las conductas desviadas son aprendidas dentro del contexto de socialización, por mucho que la base psicológica de la conducta sea indiscutible.

La teoría de la socialización se centra en el aprendizaje de normas teniendo como primer componente la familia, seguida de la escuela y por último el grupo de iguales. Los vínculos que tienen los niños con la familia y la escuela deben ser fuertes, ya que en el caso de que sean débiles, la socialización de estos jóvenes estará dominada por el grupo de iguales, en los que puede existir una inadecuada interiorización de las normas sociales.

Teorías y modelos integrativos y comprensivos.

Estas teorías tienen como objetivo explicar la conducta mediante la integración de varios componentes de distintas teorías.

Modelo de promoción de la salud.

Creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 y que tiene como antecesor la declaración de Alma Ata de 1978.

Es uno de los modelos más relevantes dentro de la promoción de la salud, en la que da gran importancia a la asistencia sanitaria.

Se trata de un modelo holístico en el que los conceptos primordiales para la promoción de la salud son (OMS, 1998): salud, prerequisites de la salud, promoción de la salud, salud para todos, salud pública, atención primaria de salud, prevención de enfermedades y educación para la salud.

Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva de Bandura (1986).

Es una de las teorías más importantes y más utilizada dentro de las drogodependencias. Está basada en los principios del aprendizaje y es una teoría que ha fundamentado múltiples teorías de otros autores.

Bandura propone tres sistemas que están implicados en la regulación de la conducta: acontecimientos o estímulos externos que afectan a la conducta, consecuencias de la conducta y los procesos cognitivos mediacionales.

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969), actualmente conocida como teoría cognitiva social (Bandura, 1986), es una teoría comprensiva de la conducta humana, teniendo en cuenta los factores de aprendizaje, los procesos cognitivos y la parte social en la que se desarrolla y vive.

Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al (1996).

Integra otras teorías como la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial.

Es una teoría que dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección, intenta explicar la conducta a través de las relaciones existentes en el desarrollo, ya sea una conducta prosocial o una conducta antisocial.

En los dos tipos de conducta, se dan una serie de pasos para que se desarrolle una conducta u otra. Estos pasos se darán de una manera determinada u otra dependiendo de las conductas, valores y normas que tengan aquellas personas con las que el individuo está vinculado.

Según estos autores, los programas preventivos tienen una gran ventaja ya que se puede intervenir en los puntos o pasos en los que existe un consumo de drogas.

Teoría interaccional de Thornberry (1987, 1996).

Es una teoría que combina elementos de la teoría del aprendizaje social y del control social.

La conducta desviada, la conducta de delincuencia, es vista como una causa de debilidad en los vínculos sociales y no solamente como un resultado. Si el ambiente social en el que se encuentra el individuo, le proporciona oportunidades para delinquir, esta conducta podrá ser aprendida y reforzada.

Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977).

Esta teoría ha sido utilizada como punto de referencia, para la elaboración de la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. En un principio, esta teoría fue elaborada para explicar la conducta abusiva en el consumo de alcohol, extendiéndose posteriormente al consumo abusivo de drogas.

Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991,1992).

Basada en la teoría de la conducta problema. Esta teoría considera a la población adolescente “en riesgo” debido a la pobreza social, a la desigualdad y a la discriminación, por lo que esta teoría considera que existen unos factores de riesgo y de protección, unas conductas de riesgo y por lo tanto unos resultados de riesgo.

Es un abordaje comprensivo ya que no toda la culpa es del individuo, sino que también el contexto social puede causar la aparición y mantenimiento de dichas conductas de riesgo. La intervención se tendrá que centrar en reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección.

Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin (1999).

Tal y como este autor denomina, es un modelo que está aplicado a la conducta de consumo de drogas. Está fundamentado en la teoría del aprendizaje, la teoría de la

conducta problema, en el autodesprecio, la comunicación persuasiva, la teoría del cluster de iguales y el constructo de búsqueda de sensaciones.

Es un modelo empírico que tiene tres componentes principales, los históricos y formativos, los sociales y los personales. Estos componentes están divididos en factores y dichos factores se subdividen en distintos componentes, de esta manera se facilita la intervención en cada uno de ellos.

Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al (1992).

Estos autores son los creadores del programa preventivo más usado en España, “Tú decides”. Este programa se centra en la importancia de los factores de riesgo y de protección junto con la inclusión de otros componentes que han incrementado la eficacia de la prevención.

Las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anteriores al contagio con las drogas. Incluso con los contactos más o menos causales, hay muchos otros factores que tienen mayor peso que la droga en cuestión. Por esto se puede decir, que aunque parezca paradójico, que la droga no es un factor de riesgo en la drogadicción. (Calafat et al., 1992, p.7)

Dicho programa se centra en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y hachís, los efectos preventivos de este programa se han demostrado en las evaluaciones que se han hecho posteriormente del mismo.

Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995).

Teoría comprensiva que agrupa elementos de diversas teorías que han sido utilizadas en el campo de la salud, sobretodo en el campo de las drogodependencias.

Se consideran varios niveles que están relacionados con tres grupos de influencias. Estos grupos son: las culturales y ambientales, las contexto-situación social, y las intrapersonales.

Al igual que otros autores, como puede ser Bandura, Flay y Petraitis, consideran que la conducta viene dada por la situación, la persona y el ambiente, teniendo un papel primordial la toma de decisiones.

Modelo de autocontrol de Santacreu et al (1991, 1992).

Este modelo parte del modelo bio-psico-social y se fundamenta en el autocontrol.

El adolescente busca refuerzos alternativos a los que ya dispone (refuerzo paterno), buscando el autocontrol a través de las interacciones con el medio. El autocontrol se aprende durante la adolescencia y algunas de las habilidades características son la resistencia a la agresión tras una situación frustrante, la resistencia a la transgresión, la regulación de la autoadministración de los refuerzos y la resistencia a situaciones tentativas.

PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Como asegura Becoña (2002) el consumo de drogas tanto legales como ilegales ha incrementado entre los jóvenes de los países desarrollados, durante los fines de semana desde la década de los 70. Las consecuencias no sólo afectan a la esfera individual de la persona sino que también tienen consecuencias a nivel sanitario, social, familiar, económico,...llevando a problemas como pueden ser la delincuencia, la marginación y el enorme coste económico.

Coie et al (1993) comienzan a hablar de la ciencia de la prevención, una nueva disciplina que se sustenta en otras ciencias, y de la que se podría destacar al preventólogo Amador Calafat. Esta ciencia ha hecho que se consiga un gran avance en la drogadicción, ya que a partir de ésta se han creado planes de actuación tanto a nivel nacional como en otros países.

Martín (1995, p.55) define la prevención de drogas como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

Los objetivos que se marcan los distintos planes de prevención son realistas, ya que es imposible que no exista un consumo de drogas, pero sí que se retrase dicho consumo o que se haga de forma esporádica (Ammerman et al., 1999).

Las intervenciones preventivas se suelen dividir en dos grandes grupos, el grupo de reducción del consumo (reducción de la demanda) y el grupo de reducción de la oferta. El primer grupo se caracteriza por un rechazo al consumo lo que conlleva a que se reduzca la cantidad de droga que existe en el mercado. La segunda se centra en que la droga disponible en el mercado también se reduzca. Estos bloques o grupos se aplican tanto a las drogas legales como ilegales (Pentz, Bonnie y Shopland, 1996).

Además Plentz (1999) hace la distinción de que la reducción de la demanda se centra en el individuo sin embargo, la reducción de la oferta se dirige a la sustancia. Los dos tipos de intervención son necesarios para paliar el problema que esto conlleva.

Las medidas puestas en marcha para la reducción de la demanda y de la oferta con las drogas legales han sido eficaces, no pudiéndose decir lo mismo de las medidas tomadas para la prevención del consumo de drogas ilegales (Holder, 1999).

Para que un programa de prevención de drogas sea efectivo, debe ser duradero en el tiempo, centrarse en la reducción de los dos grandes grupos, no sólo en uno de ellos y hacer partícipe a todos los organismos que se encuentran dentro de la sociedad (Swisher, 2000).

Como se ha nombrado anteriormente, los ámbitos donde se realizan la prevención debe ser múltiples, uno de los más importantes es el ámbito escolar ya que es donde se encuentran los individuos más vulnerables a consumir drogas (Becona, 2002). El programa preventivo dentro de la escuela, facilitará llegar a la gran mayoría de los jóvenes pero en determinados casos se tendrá que reforzar con prevenciones más intensivas en casa, en la comunidad.

En algunas situaciones, llegar a un determinado tipo de población (alumnos que no van a la escuela, que tienen fracaso escolar, que viven en barrios o zonas marginales, etc) resulta difícil ya que se necesita una autorización administrativa, escolar y el consentimiento de los jóvenes y de sus padres.

Para Alonso, Freijo y Freijo (1996) las ventajas de la prevención en la escuela son:

- Principal agente de socialización, además de la familia y el grupo de iguales.
- Se actúa sobre las personas mientras se encuentran en un proceso de maduración.
- Las crisis o cambios a los que están sometidos los alumnos durante la adultez son los principales momentos en los que están expuestos al consumo de drogas.
- La obligatoriedad de estar escolarizado hasta los dieciséis años.
- En dicho espacio se pueden detectar de manera precoz los factores de riesgo.
- Los profesores y componentes de la comunidad educativa, debido a la cercanía que tienen con los alumnos, son agentes preventivos.
- La Educación para la Salud, es un marco de trabajo para la prevención del abuso de drogas.

Tal y como avalan Díaz y Sierra (2008), la educación para la salud, debe estar contemplada en el Proyecto Educativo, en el Proyecto Curricular y en las Programaciones de Aula, ya que se trata de un tema transversal que debe ser trabajado con un marco apropiado de manera globalizado e interdisciplinar.

La educación para la salud consiste en educar a los individuos para que conformen estilos de vida saludables, por lo que será imprescindible que los alumnos adquieran aprendizajes afectivos y actitudinales para hacer frente al consumo de drogas.

Como se ha hecho referencia en la introducción de este trabajo, gracias al recorrido histórico que se va a detallar a continuación, se observa como el consumo de drogas es un problema que ha sufrido la sociedad desde hace años y al que se la ha intentado poner solución por medio de diferentes planes y estrategias.

La primera medida que tomó el Gobierno de España fue la creación del Plan Nacional ya descrito en otro apartado, a partir de ese documento y de los resultados reflejados en las distintas encuestas que se realizan dentro del ámbito educativo, se han ido proponiendo nuevos planes de intervención para dar solución a los problemas que se van generando.

Estos programas, van a estar divididos en este trabajo en tres bloques, dependiendo de si éstas estrategias son a nivel nacional, autonómico o municipal.

Prevalencia del consumo de drogas en los jóvenes españoles que se encuentran en edad escolar

Para contextualizar la situación en la que se encuentran los adolescentes de hoy en día, a continuación se van a describir los datos de prevalencia obtenidos en dos de las escalas que se utilizan a nivel estatal y que reflejan la actuación que se lleva a cabo en los planes de intervención propuestos por el Gobierno de España.

Estas encuestas se realizan para saber si las actuaciones de los planes nacionales, autonómicos y municipales, están teniendo el efecto esperado en la erradicación del consumo de drogas legales o ilegales, y si las modificaciones realizadas de un plan a otro han sido las adecuadas o si por el contrario, se deben de tomar otras medidas en planes posteriores.

Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España 2015-2016

La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) está realizada y coordinada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). El observatorio también muestra información y estadísticas sobre cómo evolucionan las drogas psicoactivas, a la vez que las características de dicho consumo y los problemas asociados que éstas conllevan.

Para poder realizar dichos estudios, se utilizan varias metodologías para la recogida de datos al igual que fuentes. La información da una visión de la situación, tendencia y características del consumo que se dan en España.

Tal y como se muestra en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, los objetivos del OEDA son disponer de información para evaluar que posteriormente será difundida, lo que ayudará a promover investigaciones y estudios, asesorar sobre medidas que se pueden llevar a cabo y estar en contacto con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS) y con la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías (REITOX).

El Programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España, se realiza cada dos años desde que comenzara en 1995. Cuenta con la colaboración de las Comunidades Autónomas por lo que permite conseguir información para poder diseñar políticas para prevenir el consumo de drogas y sus problemas.

Los objetivos son analizar las características de los consumidores, así como saber cuál es la prevalencia existente y los patrones de consumo, conocer la evolución de la situación desde 1995 percibiendo los problemas que conllevan las drogas y la visión que los encuestados tienen sobre dichos problemas.

La muestra de población utilizada para dicha encuesta son personas residentes en España, independientemente del número de personas que vivan en las poblaciones y que tengan edades entre los 15 y los 64 años (ambos incluidos), las únicas personas que se excluyen de esta encuesta son las personas que viven en instituciones, en establecimientos o colectivos o las personas sin techo.

Desde 2005 el número de encuestados ha sido superior a las 20.000 personas, dicho número se ha ido modificando en las distintas encuestas. La distribución por comunidades autónomas no es proporcional a la cantidad de población, lo mismo pasa con la distribución por edad.

Otra modificación que ha sufrido dicha encuesta ha sido en cuanto al modelo, ya que desde el año 2007 las modificaciones se realizaron para que la encuesta fuera como la propuesta por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías.

El cuestionario está compuesto por preguntas de clasificación sociodemográficas, salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno y opiniones personales. Las preguntas carecen de la respuesta no sabe/no contesta para así poder exigir una respuesta por parte del encuestado. El índice de respuesta en EDADES 2015 fue de un 50,5%.

Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol es la sustancia más extendida y consumida por la población de entre 15 y 64 años. Más del 90% de la población ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez a lo

largo de su vida, situándose la media de edad de consumo de alcohol por primera vez a los 16 años.

En cuanto al consumo de alcohol en el último año, en el 2015, el 77,6% ha consumidos en los últimos 12 meses, el 62,1% en los últimos 30 días y el 9,3% consume alcohol diariamente. Estos valores tienen una tendencia descendente. Y en cuanto a la diferenciación por sexo, el colectivo masculino tiene una tendencia mayor al consumo, pero en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, esta diferencia no es tan notable como en los otros grupos de edad.

Tabla 3. Datos de prevalencia de consumo de alcohol. EDADES.

	Grupo de edad 15-64 años			Grupo de edad 15-24 años		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Alguna vez en la vida	95,3	91,7	93,5	89	86	87,5
Últimos 12 meses	82,9	72,1	77,6	80,5	76,1	78,4
Últimos 30 días	71,3	52,8	62,1	63,8	54,9	59,5
Diariamente (último mes)	14,5	4,1	9,3	2	0,9	1,4
Nunca	4,7	8,3	6,5	11	14	12,5

Con relación a los tipos de bebidas que más se consumen, la cerveza es la bebida con mayor prevalencia ya sea en días laborales o en fin de semana. El vino es la segunda bebida más consumida, siguiéndole los combinados o cubatas, Independientemente del tipo de bebida alcohólica consumida, los datos de EDADES nos muestran que el 50% de los consumidores, consumieron alcohol los días laborables, siendo casi una totalidad en el fin de semana.

Las intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) fueron otro de los ítems del cuestionario. Los resultados demostraron que le 16,8% de los encuestados habían sufrido intoxicación etílica aguda en los últimos 12 meses. Este tipo de borracheras son más

frecuentes en el sexo masculino. Conforme la edad de las personas encuestadas va en aumento, el porcentaje de este dato disminuye.

En cuanto a los datos obtenidos sobre la borrachera en los últimos 30 días, el 6,5% de la población comprendida entre los 15 y los 64 años, ha sufrido esta situación. Este porcentaje aumenta hasta un 18,2% en chicos y un 11,2% en chicas, pertenecientes al grupo de población situado entre los 15 y los 24 años.

Tabla 4. Datos de prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas. EDADES.

	Grupo de edad 15-64 años	Grupo de edad 15-24 años
Hombres	22,3	41,3
Mujeres	11,2	28,5
Total	16,8	35,1

Los datos sobre el consumo diario de alcohol también son más reducidos en la población que se emborrachó en el último mes, un 21,9% disminuyendo hasta un 9,1% en las personas que no se emborracharon en los últimos 30 días.

El binge drinking o consumo de alcohol en atracón se contempla cuando una persona consume 5 o más bebidas alcohólicas, en el caso de los hombres, y 4 o más bebidas alcohólicas, en el caso de las mujeres, en un intervalo que no supera las dos horas. El porcentaje de este consumo en el último mes, de las personas encuestadas, ha aumentado hasta situarse en el 17,9%. El grupo de población que se encuentra entre los 15 y los 24 años, es donde se registra un mayor porcentaje.

El último tipo de consumo de bebidas alcohólicas, al que se hace referencia en el cuestionario EDADES es el botellón. Un 9,4% de la población, afirma haber hecho botellón en los últimos 12 meses, siendo mayor el porcentaje entre la población masculina que femenina. Este tipo de consumo está relacionado con la edad, ya que en el grupo de población formado por jóvenes de entre 15 y 24 años el 42,1% afirma haber hecho esta práctica en los últimos 12 meses.

En cuanto al policonsumo (consumo de dos o más sustancias psicoactivas), tiene una mayor prevalencia entre las personas que practicaron el botellón en los últimos 12 meses. El porcentaje más elevado se encuentra dentro del grupo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, teniendo un porcentaje del 55,9%.

Consumo de tabaco

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida entre la población encuestada, es decir de los 15 a los 64 años, con un porcentaje del 72,5% que afirma que ha fumado alguna vez a lo largo de su vida.

De las personas encuestadas, 4 de cada 10 ha fumado en el último año, el 38,5% lo ha hecho en los últimos 30 días y el 30,8% afirma que lo hace diariamente. El inicio del consumo diario de tabaco, empieza antes de haber cumplido los 19 años.

Las diferencias de porcentajes en cuanto al sexo de la población en este caso son insignificantes.

Hay que destacar que el mayor índice de consumo diario de tabaco, se da tanto en hombres como en mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años (38,7% y 29,4% respectivamente). Caso contrario el que se produce en los menores de 35 años, donde las cifras han disminuido con respecto a encuestas de años anteriores.

En cuanto a la cantidad de tabaco consumida, las personas que contestaron haber fumado en los últimos 30 días, por término medio fumaron 12,4 cigarrillos, siendo la media de los hombres 2 cigarrillos más que las mujeres. La cantidad de tabaco consumido diariamente aumenta conforme va aumentando la edad.

El tipo de tabaco más habitual que se consume es el de cajetilla (78,4%), seguido del tabaco de liar (14,7%) y finalmente un 6,9% que fuma de los dos tipos. El tabaco de liar registra datos más elevados entre las personas que se encuentran por debajo de los 35 años.

Tabla 5. Datos de prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días.
EADADES.

	Grupo de edad 15-64 años			Grupo de edad 15-24 años		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Cigarrillos de cajetilla	76,8	80,4	78,4	66,3	69,8	67,9
Tabaco de liar	15,4	13,9	14,7	18,7	20	19,3
Los dos tipos	7,8	5,7	6,9	15	10,2	12,8

El 85,8% de los fumadores diarios considera que existe un riesgo de padecer problemas de salud al consumir un paquete diario; esta cifra aumenta hasta el 94% de la población que no fuma a diario.

El consumo de tabaco a través de los cigarrillos electrónicos se encuentra en una cifra del 6,8% de la población. La edad donde este dato es más elevado se encuentra entre las personas de 25 a 34 años.

Este tipo de consumo está más extendido entre las personas que alguna vez en su vida han fumado tabaco. El 15% de las personas que afirmaron haber fumado tabaco en el último mes o años, han consumido este otro tipo de cigarrillos. El consumo de estos cigarrillos puede ser con nicotina o sin ella. 6 de cada 10 consumieron cigarrillos con nicotina, 2 sin nicotina y los otros 2 fumaron de los dos tipos. Los recambios sin nicotina son más consumidos por los más jóvenes, es decir, el grupo de los 15 a los 24 años.

En cuanto a la combinación de fumar tabaco, ya sean cigarrillos normales o electrónicos, más cannabis, los datos son muy similares siendo del 15,9%. Hay que destacar que los consumidores de cannabis prefieren los cartuchos que sí que contienen nicotina, respecto a las personas que no han consumido.

Consumo de cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida dentro de la población española, un total del 31,5% de entre los 15 y los 64 años, ha consumido dicha sustancia alguna vez a lo largo de su vida. Es la droga ilegal que antes se empieza a consumir, ya que el inicio de su consumo se sitúa entre los jóvenes de 18 y 19 años.

Un 9,5% de la población afirma que ha consumido esta sustancia en los últimos 12 meses, y un 7,3% en los últimos 30 días. El 2,1% de los encuestados, lo hacen a diario.

Al igual que pasa con otras sustancias, conforme aumenta la edad la cifra de consumidores de cannabis disminuye.

En cuanto al sexo, el consumo de esta droga ilegal está más extendida dentro del sexo masculino 25,4%, siendo 11,2 puntos más bajo el consumo entre el sexo femenino.

Los datos que se han obtenido del cuestionario con respecto al consumo de cannabis en los últimos 12 meses, son muy parecidos a los del consumo en los últimos 30 días. Es decir, el consumo disminuye conforme aumenta la edad y la población de sexo masculina tiene una cifra más elevada de consumo que el femenino.

Tabla 6. Datos de prevalencia de consumo de cannabis en el último año. EDADES.

	Grupo de edad 15-64 años	Grupo de edad 15-24 años
Hombres	13,3	25,4
Mujeres	5,6	14,2
Total	9,5	19,9

Con respecto a las características del consumo, más de la mitad de los encuestados (52,7%) han fumado marihuana mientras que el 17% hachís. La mayoría fuman cannabis mezclándolo con tabaco.

Como se ha nombrado anteriormente, el consumo de dichas sustancias acarrea problemas que afectan a la vida personal de las personas que consumen. Estos problemas

suelen ser de tipo familiar o con los amigos, con la policía o con la ley y problemas psicológicos y/o psiquiátricos.

Existe una relación entre el consumo de tabaco y de cannabis, el 83,2% de la población encuestada que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, también han consumido tabaco durante ese periodo. La cifra de los que no han consumido cannabis en el último mes, desciende hasta el 34,9%. Estos datos también se reflejan en la situación anteriormente descrita, en el consumo de tabaco.

Aunque la mayoría de consumidores de esta sustancia ilegal sea ocasional, cabe destacar que existe una proporción de casos en los que este consumo crea una dependencia, por lo que desde el Gobierno se han creado una serie de herramientas que van destinadas a dicho consumo problemático y que se explicarán en el apartado correspondiente con la encuesta ESTUDES.

Otra de las escalas utilizada es Cannabis Abuse Screening Test (CAST), es la escala psicométrica que ha dado resultados más fiables sobre la prevalencia del consumo problemático del cannabis en la población con edades comprendidas entre 15 y 34 años. Esta escala ya se había introducido en las encuestas ESTUDES de años anteriores, pero por en el año 2013 es la primera vez que se incluye también dentro de la encuesta EDADES. A través de 6 preguntas se buscan conductas de riesgo o patrones asociados al consumo de cannabis. Cabe destacar que el consumo problemático es más frecuente en hombres que en mujeres, teniendo una edad media de inicio a los 16,2 años.

Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 2014

Al igual que la encuesta descrita en el apartado anterior, la Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), se lleva a cabo cada dos años desde el año 1994, siendo los encuestados estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Para poder llevarla a cabo de la mejor manera posible, se cuenta con la colaboración de las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla.

La metodología utilizada es parecida a la que se lleva a cabo en otros países de la Unión Europea o Estados Unidos, de esta manera resulta más fácil la comparación de datos.

El objetivo general de este cuestionario es recabar información para diseñar políticas que vayan dirigidas a la prevención del consumo de drogas y los problemas tanto familiares como escolares, que éste produce.

Los objetivos específicos son:

1. Averiguar la prevalencia del consumo de las diferentes drogas psicoactivas y otras conductas que están relacionadas.
2. Saber las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
3. Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
4. Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas y algunos factores relacionados con el consumo de dichas sustancias y otras conductas.
5. Considerar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Tabla 7. Datos de edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas. ESTUDES.

	España	Aragón
Tabaco	13,9	13,5
Tabaco diario	14,5	14,3
Alcohol	13,8	13,4
Cannabis	14,8	14,7

Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol es la sustancia psicoactiva que más extendida se encuentra entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria. El 78,9% afirma haber tomado bebidas alcohólicas

en algún momento de su vida, el 76,8% de los encuestados reconoce que ha consumido alcohol en los últimos 12 meses.

En cuanto al consumo en el último mes, el 68,2% ha bebido alcohol, sufriendo una borrachera el 22,2% y habiendo realizado binge drinking el 32,2%. Hay que destacar, estas cifras han disminuido con respecto a los resultados del cuestionario anterior, es decir, el ESTUDES del 2012.

La edad de inicio del consumo de este tipo de bebidas se sitúa en torno a los 13,8 años, situándose el consumo semanal alrededor de los 15 años.

Tabla 8. Datos de evolución de prevalencia 2012-2014. ESTUDES.

	ESTUDES 2012	ESTUDES 2014
Alguna vez	83,9	78,9
Últimos 12 meses	81,0	76,8
Últimos 30 días	74	68,2
Borrachera últimos 30 días	30,8	22,2
Binge drinking últimos 30 días	41,8	32,2
Edad media de inicio consumo	13,9	13,8
Edad media de consumo semanal	15,1	15

Con relación al sexo, el consumo de bebidas alcohólicas se encuentra levemente más extendido entre el sexo femenino. Sin embargo, el consumo de este tipo de bebidas en días laborables, es mayor en el sexo masculino.

Haciendo una diferenciación por edades, a los 14 años el 48.4% afirma haber ingerido alcohol, el 61,3% de los encuestados de 15 años, 3 de cada 4 alumnos de 16 años, y por último más del 80% de los estudiantes que sus edades oscilan entre los 17 y los 18 años.

La primera borrachera, si sitúa a los 14,6 años, teniendo diferencias dependiendo del sexo y de la edad de los encuestados. Un 23,3% de los encuestados con 14 años, ya ha sufrido alguna borrachera. El 39,8% de los alumnos de 15 años y el 56,5% de los pertenecientes al grupo de 16 años. Estos porcentajes son mayores en el sexo femenino sobre todo entre los 14 y 15 años, equiparándose al llegar a las franja de los 18 años.

En cuanto al consumo de 5 o más copas en un periodo de dos horas, es decir, binge drinking o consumo en atracón, el 32,2% de los estudiantes de 14 a 18 años lo ha hecho, aumentando esta cifra hasta el 47,3% si se tiene en cuenta a los estudiantes que bebieron alcohol en el último mes. En los grupos de edad comprendidos entre los 17 y los 18 años se constata que este tipo de consumo está más extendido entre el sexo masculino.

La ingesta de bebidas alcohólicas se produce en bares o pubs, en espacios públicos (calle, parque, playa, etc) o en discotecas. La manera de conseguir estas bebidas, se produce de manera directa por parte de los jóvenes o gracias a otras personas mayores de edad.

La mayor parte del consumo se realiza los días festivos (viernes, sábados o domingos), siendo la bebida más extendida los cubatas o combinados. Si observamos el consumo en días laborables, la bebida con mayor prevalencia para estos días es la cerveza.

Más de la mitad de los encuestados, el 57,6% afirma haber realizado botellón en el último año y un 25,5% en los últimos 30 días. Esta práctica es más común entre la población femenina. La práctica del botellón se incrementa con el paso de los años, aunque en el grupo de 18 años este porcentaje disminuye.

Dentro del grupo de personas que ha hecho botellón, la prevalencia del consumo de alcohol abusivo o el binge drinking es más alta que con respecto a las personas que no lo han hecho. El botellón también se encuentra relacionado con el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Consumo de tabaco

La siguiente sustancia psicoactiva que se analiza en este trabajo, sacándose todos los porcentajes del cuestionario ESTUDES, es la segunda sustancia más consumida entre el colectivo de personas de los 14 a los 18 años, esta sustancia es el tabaco.

Aproximadamente el 38,4% de la población ha fumado tabaco en algún momento de su vida, esta prevalencia es la menor que se tiene registrada desde que se comenzó a realizar este cuestionario en 1994.

Por término medio, el inicio del tabaco se encuentra en la edad de 13,9 años y la adquisición de fumar diariamente a los 14,6 años.

Tabla 9. Datos de evolución de prevalencia de consumo de tabaco. ESTUDES.

	ESTUDES 1994	ESTUDES 2014
Alguna vez	60,6	38,4
Últimos 12 meses	-	31,4
Últimos 30 días	31,1	25,9
Diariamente en últimos 30 días	21,6	8,9
Edad media de inicio consumo	13,9	13,9
Edad media de consumo semanal	-	14,6

En cuanto al número de cigarrillos diarios que fuman los chicos, los datos se sitúan en 5,8 para ellos y 5,4 cigarrillos para ellas.

Más de la mitad de los alumnos (54,3%) afirman haber visto fumar a sus profesores dentro del recinto en el que se encuentra el centro educativo; afirmando un 21,5% que los ha visto todos los días en el último mes. Este porcentaje se incrementa hasta el 73,9% respecto a haber visto fumar otros compañeros (estudiantes) dentro de ese mismo recinto.

Con lo que respecta al entorno familiar, casi la mitad de los estudiantes (49,7%) conviven con personas que fuman a diario. Los alumnos que viven con padres o tutores fumadores, son una parte mayor del porcentaje de los jóvenes que fuman, respecto a los que dentro del ámbito familiar no realizan esta práctica.

Por primera vez en el 2014, el cuestionario ESTUDES, pregunta acerca del uso del cigarrillo electrónico.

Tabla 10. Datos de prevalencia de consumo de cigarrillos eléctricos. ESTUDES.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Hombres	13,3	16,9	22,3	21,2	20,5
Mujeres	12	14,6	16,6	16,2	18,3
Total	12,6	15,7	19,4	18,7	19,5

El 17% de la población ha fumado en alguna ocasión este tipo de tabaco. Este tipo de cigarrillos están más extendidos entre los jóvenes que han fumado tabaco con anterioridad y también en los que han consumido cannabis, con respecto a los que no han fumado cigarrillos.

Los estudiantes encuestados que consumen este tipo de cigarrillos, tienen una percepción menor de riesgo asociado al consumo de esta sustancia psicoactiva. Esta percepción es más elevada cuando se habla del consumo de cannabis.

Consumo de cannabis

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida en los estudiantes de 14 a 18 años, con un porcentaje de 29,1%. En 2004 la prevalencia llegó a su máximo (42,7%).

Por término medio, se empieza el consumo de esta droga antes de los 15 años.

Los estudiantes que han fumado cannabis en el último mes, representan un 18,6%, estando más extendido entre el sexo masculino y siendo mayor este porcentaje conforme pasan los años.

El consumo más frecuente entre las personas que lo han consumido durante el último mes, es el puntual (un par de veces en todo el mes).

Aunque la media del consumo de porros en los últimos 30 días es de 3,2 porros, siendo el cannabis más consumido por parte de los estudiantes masculinos y el hachís por parte de las estudiantes de sexo femenino. Por lo tanto, el consumo de hachís se encuentra menos extendido, correspondiéndole una cifra del 9%.

La gran mayoría de los jóvenes que consumen cannabis, el 86,5%, lo hace mezclándolo con tabaco, este hecho hace que el consumo de tabaco diario esté más extendido entre los consumidores también de cannabis.

La continuidad del consumo de cannabis ha aumentado con respecto a la medición anterior, ya que las cifras indican que el consumo de cannabis se mantiene en el tiempo en mayor medida.

Como ya se ha nombrado antes, la gran mayoría de los consumidores son ocasionales o experimentales. Pero existe una proporción de casos, en los que el consumo de cannabis aumenta el riesgo de padecer problemas que afectan a la salud y desarrollan dependencia.

Para estos casos se utiliza la escala CAST (nombrada anteriormente en la encuesta EDADES), y la que nos indica que el 13,8% de los encuestados presenta un consumo problemático. Este dato representa al 2,5% del conjunto de alumnos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

Al igual que en los datos anteriores, el tipo de sustancia más consumida por dichos alumnos es la marihuana mezclándola con tabaco.

Otros factores que tienen una gran prevalencia con el consumo abusivo de cannabis son el consumo abusivo de alcohol y el consumo diario de tabaco.

Planes de prevención a nivel nacional

Tal y como se ha nombrado en el apartado anterior, las encuestas fueron creadas para ver la efectividad de los Planes de Acción creados por el gobierno, a continuación voy a presentar un resumen de dichos planes.

Plan Nacional Sobre Drogas

El Plan Nacional sobre drogas de 1985 surgió debido a la necesidad de dar respuesta a los problemas procedentes del tráfico de drogas y su consumo.

Este Plan se llevó a cabo con la participación de todas las Administraciones Públicas, Instituciones Sociales y los ciudadanos. Los Departamentos que tuvieron una implicación más directa fueron los de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Justicia e Interior, contando con una participación de la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Como ya se ha nombrado anteriormente y como se puede observar al trabajar con los datos que nos ofrece el Plan Nacional Sobre Drogas, tanto España como otros países desarrollados, debido al consumo de drogas, están teniendo repercusiones sociales debido a este tema, por lo que hay que enseñar a la sociedad a enfrentarse a este problema.

En España los problemas por el consumo de drogas se pueden dividir en dos grandes bloques, en cuanto al problema y en cuanto a la red de servicios. Dentro del primero cabría destacar el aumento de tráfico de drogas ilegales, la poca fiabilidad de los datos estadísticos sobre los consumidores y sus características, el aumento del consumo de la cocaína, el contagio social producido por la heroína, la polémica en torno a los efectos del cannabis, la utilización de los inhalantes por los jóvenes, la asociación de la inseguridad ciudadana por el consumo de drogas y la tendencia de identificar a los jóvenes como los consumidores de drogas ilegales. Los problemas en cuanto a la red de servicios ha sido la escasa presencia de los servicios asistenciales en el campo de la drogodependencia, hecho que está cambiando ya que ya existen recursos ambulatorios públicos y comunidades terapéuticas privadas con subvenciones públicas, pero que no son suficientes para abarcar a toda la población que necesita de dichos recursos.

El trabajo de todos los organismos nombrados anteriormente de manera coordinada, contribuirá a frenar y/o reducir el consumo de drogas, bajo el triple enfoque en el que se

centra este Plan, la adecuación a la realidad debe responder, la coherencia en su desarrollo y la integración en un plan conjunto.

La acción preventiva dentro de ámbito escolar tiene en cuenta que la disponibilidad de las drogas y el modelo consumista en el que vivimos, hace que exista un mayor factor de riesgo entre los jóvenes, ya que se encuentran en una etapa de vulnerabilidad.

Este Plan propone la prevención mediante la reducción del consumo, en los años 80 esta prevención estaba enfocada sobretodo en la heroína, droga consumida por un gran número de adolescentes masculinos con un incremento de la población femenina y de la reducción de la oferta.

Las campañas de sensibilización social, se llevan a cabo desde el ámbito escolar, en las que se comparte un mensaje, que no es idéntico pero sí coherente. Los objetivos de dichas campañas se centrarían en fomentar la lucha contra el problema y promover pautas de convivencia solidaria.

El Ministerio de Educación y Ciencia (1985-1986) propuso los siguientes criterios básicos a llevar a cabo a través de medidas prioritarias:

- Desarrollo de programas para la salud y la educación integral en la escuela.
- Formación del profesorado
- Reforma y mejora del sistema educativo.
- Edición y evaluación de material didáctico.
- Colaboración y coordinación interdepartamental e interterritorial.

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Aragón, la Diputación General se marcó como objetivos coordinar la elaboración de un plan global, aumentar la acción de prevención y fomentar los recursos para la rehabilitación e inserción social de las personas. Todo esto se llevaría a cabo a través de folletos y vídeos, formaciones de los trabajadores, estudios epidemiológicos y creaciones de un centro de asistencia y de dos comunidades terapéuticas para una mayor disposición de los recursos.

Estrategias Nacionales Sobre Drogas (2000-2016)

La primera Estrategia Nacional sobre Drogas surge como una actualización del Plan Nacional sobre drogas de 1985, ya que después de 15 años, la realidad sobre el consumo de drogas y sus consecuencias necesita una nueva toma de medidas más ajustadas a nuestro entorno.

Debido al trabajo que han realizado los gobiernos de las Comunidades Autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla, poniendo en práctica los Planes Autonómicos sobre Drogas para la elaboración de este nuevo plan no se parte de cero y el modelo de intervención es un referente internacional.

A continuación se va hacer una descripción de los datos de los que dispone el Observatorio Español sobre Drogas (OEDA), para analizar la situación en la que se encuentra nuestro país.

Durante la década de los 90, se vieron ciertos cambios respecto a los 80. El consumo de heroína se estabilizó pero las consecuencias de dicha droga, como el sida y otras enfermedades asociadas, perdurarán en la sociedad. Por otro lado, ha aparecido un nuevo fenómeno que afecta al uso de nuevas drogas y a los patrones de consumo.

Los jóvenes en esta época consumen drogas de síntesis los fines de semana con la única motivación de pasar un buen rato y divertirse. Esta nueva forma de consumo no genera situaciones marginales, son nuevas formas que utilizan los jóvenes para socializarse.

Las principales drogas que se consumen son: heroína, drogas de síntesis (éxtasis y similares), cocaína, cannabis, alcohol, tabaco y tranquilizantes y somníferos.

El cannabis y el hachís son las drogas ilegales que más se consumen en España dentro de la población infantil y juvenil, en cuanto a las sustancias legales más consumidas por dicha población son el alcohol y el tabaco.

La Estrategia Nacional Sobre Drogas creada en el 2009 presenta algunas diferencias con respecto a la estrategia anterior, aunque el consumo de drogas siga siendo uno de los principales problemas con los que se encuentra la salud pública española, ya que continúa

siendo elevado y por consiguiente, sigue trayendo consecuencias a nivel de incapacitación, morbilidad, mortalidad, etc.

Este plan contempla los cambios que se producen dentro del fenómeno del consumo de drogas con el paso del tiempo, los nuevos retos a las que nos enfrentamos son los cambios de perfiles de la gente que consume sustancias psicoactivas (el inicio se produce con menor edad y suelen consumirse en los espacios de ocio y tiempo libre); la llegada de nuevas drogas al mercado, el aumento de los trastornos mentales asociados; la inmigración con los cambios a nivel económico, social y cultural; el envejecimiento de los consumidores denominados problemáticos; dentro del crimen organizado, el incremento del tráfico de drogas; el desarrollo de estudios de investigación; las modificaciones existentes en las diferentes redes asistenciales y la obligación de proponer programas de intervención en los que las actuaciones sean más individualizadas en las poblaciones que se encuentran dentro de un contexto de riesgo.

Para realizar estas estrategias se han tenido en cuenta los documentos ya existentes, estrategias de salud y de otros sectores, aportaciones realizadas por la Administración General de Estado y otros Departamentos, colaboración de profesionales que forman parte de las ONG “La Sociedad ante las Drogas” y la elaboración de un cuestionario.

Con los datos de todos los referentes nombrados anteriormente se puede confirmar que el perfil de la persona que consume drogas ha dado un cambio, ya que antes los consumidores eran personas que se encontraban dentro de un entorno de marginalidad añadiéndoles diferentes patologías infecciosas como consecuencia de dicho consumo.

En la actualidad el perfil de los consumidores suelen ser adolescentes y jóvenes, este consumo es considerado como un rito para entrar en la etapa de la vida adulta y se le conoce como “consumo recreativo”, de esta manera se produce una integración en el grupo de iguales que se compatibiliza con los otros ámbitos de la vida.

La droga que más se consume en España es el cannabis. La cifra se ha mantenido estabilizada tanto en el grupo de población adulta, lo mismo que en el grupo de población escolar.

En cuanto al tabaco y el alcohol, hay que destacar que las últimas encuestas muestran un descenso de la prevalencia de dichos consumos, aunque existe un consumo abusivo de

bebidas alcohólicas destiladas que, al mezclarlas con bebidas carbónicas, hacen que el efecto intoxicador sea mayor.

Propuestas de prevención desde el ámbito escolar

La Estrategia Nacional sobre Drogas, al igual que los dos Planes Nacionales sobre Drogas, se plantean un modelo integrador y global en las que se centran varias áreas de intervención. Estas áreas de intervención son: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional.

Desde 1990 y con la aprobación de la LOGSE, a través de la educación para la salud, materia transversal, la actuación en el ámbito escolar se tiene que hacer en conjunto (profesores, alumnos y padres) e intensificar las intervenciones en los grupos más frágiles al consumo de drogas.

Una de las poblaciones diana con la que se debe trabajar es con los niños, adolescentes y jóvenes, ya que debido a las situaciones de cambio de etapa por las que pasan en su vida, pueden sentir curiosidad por el consumo de drogas. Para elaborar las intervenciones hay que tener en cuenta a los jóvenes que tienen un consumo recreativo de drogas como pueden ser el cannabis y el alcohol.

Otro tipo de población diana es la comunidad educativa en su conjunto, es decir, se necesita la implicación de los profesores, alumnos y padres para que los resultados de la intervención sean favorables, existiendo una adecuada coordinación entre todos ellos.

El primer paso para llevar a cabo las actividades de prevención del consumo de drogas, es concienciar a la sociedad de los problemas, daños y costes que este consumo produce. Se deben aumentar las habilidades personales en cuanto a la resistencia ante la oferta de estas drogas. Hay que retrasar la edad a la que se empieza dicho consumo, de esta manera la exposición a estas situaciones será menor. Se debe hacer una diferenciación de objetivos y de intervenciones dependiendo de si el consumo es habitual u ocasional. Por último se debe tener en cuenta que las circunstancias del consumo de drogas legales e ilegales son diferentes.

Para que dicha intervención se pueda llevar a cabo lo mejor posible, los profesores deberán tener apoyo profesional que les pueden ayudar a resolver las dudas que vayan

surgiendo. Para que los profesores puedan hacer una correcta intervención, el centro debe estar dotado de los materiales preventivos, que a través de adaptaciones, puedan servir para las diferentes etapas que abarca el centro.

Las actividades que se realicen deberán ser llevadas a cabo a lo largo de todo el curso escolar, pudiendo encontrarse también en las actividades extraescolares que oferta el centro, por lo que deberán estar reflejadas en el proyecto curricular de centro.

Para que dicha intervención se pueda llevar a cabo lo mejor posible, los profesores deberán tener apoyo profesional que les pueden ayudar a resolver las dudas que vayan surgiendo. Para que los profesores puedan hacer una correcta intervención, el centro debe estar dotado de los materiales preventivos, que a través de adaptaciones, puedan servir para las diferentes etapas que abarca el centro.

Para finalizar con la prevención en el ámbito escolar, no se deberá trabajar sólo la prevención del consumo de drogas, como he dicho anteriormente se trata de una prevención global, por lo que también se trabajaran otros aspectos importantes como pueden ser los hábitos de higiene, la autoestima, autocuidados de salud, etc. Para que los objetivos puedan cumplirse, el sistema educativo tiene que estar muy implicado con los servicios sociales y sanitarios y viceversa.

Planes de Acción sobre Drogas (2009-2016)

Como complemento a la Estrategia Nacional Sobre Drogas, se elaboran dos Planes de Acción cuatrienales y consecutivos, el primero de ellos abarca los años de 2009 a 2012 y el segundo de 2013 a 2016. La estructura de este Plan, es similar al Plan de Acción de drogas Europeo y su vigencia es la misma. Representa a todos los sectores que se encuentran trabajando en los temas de drogodependencia de nuestro país, ya sean públicos o privados.

Dentro del primer plan, los ámbitos de actuación son seis, referidos a los objetivos de la Estrategia y en ellos se incluyen 68 acciones que desarrollar. En cuanto al objetivo de reducción de la demandas, es el que mayor acciones de actuación tiene, se tienen en cuenta las diferentes informaciones existentes sobre el modo de consumo, las tendencias y los perfiles de los consumidores, esto insta a que los programas de actuación sean eficaces (avalados científicamente) y que tengan un carácter preventivo, asistencial o de

integración social. En cuanto a su prevención, se crean programas de sensibilización e información de los riesgos que produce el consumo de sustancias, poniendo todo su énfasis en los ámbitos educativo y escolar.

El segundo Plan de Acción se elaboró teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación del plan anterior. El punto de partida de dicho plan está compuesto por unos principios básicos, estos son la coherencia presupuestaria, la coordinación, la factibilidad y relevancia y la calidad de lo desarrollado. Está compuesto por 36 acciones, abiertas y dinámicas. Para su evaluación, se diseñó un sistema de control y de seguimiento de las acciones con unos indicadores de evaluación, de esta manera se conoce la evolución del proceso.

Planes de prevención a nivel autonómico

Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2005-2008)

Al igual que en el resto de Comunidades Autónomas, tras la creación en el año 1985 del Plan Nacional sobre Drogas, el Gobierno de Aragón propuso una Red de Atención a las Drogodependencias a través de los servicios públicos.

Los objetivos que se marca nuestra comunidad siguen la misma línea de actuación que los propuestos en el Plan Nacional sobre Drogas, por lo tanto la prevención va a estar encaminada hacia los estilos de vida saludables aplicándose dentro de todos los contextos que rodean a los ciudadanos.

Los nuevos patrones de adicción, no asociados al consumo de sustancias, como puede ser la ludopatía, pueden ser un problema de salud cuando pasa a ser una conducta compulsiva que acaba alterando su vida.

Para mejorar la situación en la que nos encontramos en estos años y poder ofrecer una mejor atención a las personas que sufren trastornos adictivos, se deben crear nuevos recursos y servicios, estos motivos son por los que se crea este plan autonómico.

En lo que respecta al análisis de los datos de consumo en Aragón, el alcohol sigue siendo el mayor problema habiéndose estancado en un nivel alto el consumo de tabaco.

Entre los jóvenes de 14 y 18 años, el alcohol es la sustancia más consumida siendo la percepción de riesgo baja y el acceso a las sustancias fácil. Suelen consumirlo en espacios públicos mientras se encuentran en su tiempo de ocio.

Las actuaciones que se realizan en dicho plan están centradas en la promoción de hábitos saludables, prevención de conductas adictivas, integración y coordinación de los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales.

II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2010-2016)

Como se nombra en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2015, los cambios que se han producido en el consumo de sustancias se caracterizan por un policonsumo a edades más tempranas en los tiempos de ocio, incrementándose el número de trastornos mentales debido a la aparición de nuevas sustancias.

El marco básico en la Comunidad de Aragón se basa en la Ley 3/2001, el II Plan Autonómico sobre drogodependencia establece cuatro áreas de intervención, estas son prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Los objetivos y líneas de actuación tienen en cuenta las conclusiones obtenidas en el plan anterior.

La situación con la que nos encontramos en España, se basa en los datos obtenidos por las encuestas EDADES, ESTUDES, Encuesta nacional de salud 2006 y el estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud.

En cuanto a la realidad del consumo de drogas en Aragón, uno de los factores es el inicio temprano del consumo de sustancias y el contexto en el que se produce dicho consumo. La “normalización” y el consumo “recreativo” son los elementos primordiales para el análisis de la situación en la que nos encontramos.

Entre los datos más relevantes, cabría destacar que el consumo de alcohol sigue siendo el más alto, seguido por el tabaco y siendo el cannabis la droga ilegal más extendida; el acceso al alcohol y el tabaco les resulta fácil seguido del cannabis.

Propuestas de prevención desde el ámbito escolar

Como ya se ha nombrado en ocasiones anteriores, la prevención desde el ámbito educativo es primordial ya que se pueden llevar a cabo estrategias de intervención en personas que se encuentran en situación de riesgo debido a la etapa de cambio personal en la que se encuentran. En el segundo Plan Autonómico se propone una continuación y extensión de los programas escolares de prevención y la integración dentro del currículum, implicando a toda la comunidad educativa.

Las líneas de actuación del primer Plan Autonómico se caracterizan por pretender que se incorpore dentro del currículum la prevención de drogas, el establecimiento de programas educativos y formación hacia el profesorado, desarrollo de proyectos que sigan la línea que se lleva en otros países de Europa “Escuelas Promotoras de Salud” y que los programas utilizados tengan una justificación para su aplicación; fomentar una coordinación entre las comisiones de las tres provincias y que el Departamento de Salud sustente los programas de prevención; preparar protocolos en los que colaboren los centros educativos y los recursos comunitarios existentes y un asesoramiento a los tutores y equipos de orientación; incluir las actividades sobre prevención de drogas en el Plan Formativo Anual del Profesorado y los proyectos que se trabajen desde los Centros de Profesores y Recursos; difundir el *programa de apertura de centros* que se caracteriza por ofertar actividades de ocio saludable y a su vez la implicación de los representantes de los alumnos en la preparación de las actividades que va a constar dentro de dicho programa; colaborar entre los centros educativos y los recursos locales disponibles dentro de la comunidad para la prevención de drogas; y, transmitir a los diferentes centros educativos a través del Sistema de Asesoría y Recursos en Educación para la Salud (SARES) la información sobre las líneas de prevención actualizadas.

Las líneas de actuación del II Plan Autonómico se caracterizan por la integración de la educación para la salud dentro de los siguientes programas educativos: Proyecto Curricular de Centro (PCC), Programación General Anual (PGA) y en el Plan de Acción Tutorial (PAT). A través de la red Aragonesa de Escuelas Promotoras de la Salud, desarrollo de estrategias que promuevan la salud y la mejoren. Coordinación de la Comisión Mixta Salud-Educación y las Comisiones Provinciales para desarrollar intervenciones dentro del ámbito educativo. Hacer partícipes de las actividades formativas a las Federaciones de Padres y Madres y en los Planes de Formación del

Profesorado. Otra línea de actuación se centrará en establecer diferentes medidas de apoyo para la identificación de los grupos más vulnerables así como una intervención. Por último, desarrollo a través de la Universidad de Zaragoza de iniciativas que se centren en la prevención de drogodependencias.

Planes de prevención a nivel municipal

Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones (2011-2017)

En 1986 el Ayuntamiento de Huesca, creó el Servicio de Drogodependencias gracias a un convenio junto con el Gobierno de Aragón. El Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones tiene un periodo de aplicación desde el año 2010 y una vigencia hasta el año 2017.

En este plan se han recogido datos y líneas de actuación de los planes y actuaciones desarrollados en los apartados anteriores de este trabajo.

Este acuerdo intenta mejorar la calidad de la salud de los ciudadanos de la ciudad de Huesca, sin importar el género o la nacionalidad, ya que estos son los dos ejes más importantes de vulnerabilidad.

La población escolar oscense, que conforma la franja de edad comprendida entre los 5 y los 19 años, supone casi un 15% de la población, conviviendo 88 nacionalidades distintas.

Desde los años 90, en nuestra comunidad autónoma se ha ido consolidando el consumo de drogas a edades más tempranas y en los contextos de ocio, en muchos de los casos siendo el policonsumo o el modelo de abuso de alcohol unas de las características más importantes.

Para este Plan se han estudiado los datos de las encuestas estatales EDADES 2007 y ESTUDES 2008, siendo los siguientes datos los más relevantes.

Entre los jóvenes aragoneses de 14 a 18 años, el alcohol es la droga más consumida y la edad de inicio se encuentra antes de cumplir los 14 años.

El tabaco es la segunda droga legal más consumida, siendo su edad media de inicio a los 13,3 años mientras que el consumo diario se eleva hasta los 15,1 años.

En cuanto al cannabis, es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes aragoneses, situándose su edad de inicio a los 14,6 años.

El consumo de drogas está en un continuo cambio debido a los avances sociales y tecnológicos, a las actitudes que los adolescentes toman respecto al ejercicio físico o la autoimagen,... por lo que puede aparecer el consumo de sustancias en situaciones de trastornos adictivos sin sustancias.

Desde el Ayuntamiento de Huesca se llevó a cabo una encuesta para averiguar la relación existente entre el tiempo de ocio y el consumo recreativo. A partir de los 12 o 13 años los jóvenes de la ciudad suelen salir con su grupo de amigos ya que las familias no consideran que sus hijos se encuentren en riesgo debido a que se encuentran en una ciudad pequeña y con un índice bajo de inseguridad.

En los “locales” o puntos de encuentro, que se alquilan por pandillas o grupos de amigos, la presencia de drogas y en particular de alcohol son comunes, ya que son espacios en los que es inexistente la presencia de personas adultas.

Como ya se ha descrito en apartados anteriores, la escuela es uno de los pilares fundamentales en cuanto a la prevención del consumo de drogas, ya que es un espacio en el que reforzar valores y adquirir destrezas y habilidades para adoptar estilos de vida saludables.

Son varias las razones que hacen que se justifique la labor preventiva de la escuela, ya que desde esta institución y a través del profesorado se puede intervenir en los cambios o momentos de crisis que sufren los alumnos a lo largo de su escolaridad ya que se pueden observar las fases de maduración.

Este plan cuenta con unos objetivos específicos relacionados con el ámbito educativo y unas acciones preventivas.

Los objetivos específicos en cuanto al centro docente se caracterizan por aumentar la prevención del consumo de drogas y otras adicciones desde los documentos del centro como pueden ser el Proyecto Educativo de Centro y el Plan de Acción Tutorial y organizar

las estructuras y agentes que se encargan de las medidas preventivas. Con respecto al equipo docente, documentar al equipo docente que participa en los programas de intervención con los alumnos. Por último, el objetivo que está relacionado con los alumnos se centra en consolidar a través del Proyecto Curricular la Educación para la Salud.

Las acciones preventivas también están dirigidas a estos tres grandes grupos. En relación con el centro docente, se debe evaluar los programas llevado a cabo ya sean programas de prevención que se realicen en los colegios con el apoyo de las familias o protocolos en los que colaboran los departamentos tanto de Salud como de Educación del Gobierno de Aragón.

Para el equipo docente, una de las acciones consistiría en la formación del equipo docente, haciendo un seguimiento de los programas que están en relación con Servicios Sociales, Juventud y Salud, actuando dependiendo de las situaciones de riesgo que se den dentro de los propios centros, y detectando y dando solución o facilitando el uso de los recursos existentes en los casos de consumo de drogas, ya sean legales o ilegales.

Para acabar este apartado, las acciones preventivas que se van a desarrollar a continuación están en relación con el alumnado. Éstas se caracterizan por facilitar a los alumnos los conocimientos y habilidades para que tomen decisiones responsables en cuanto a los temas relacionados con la salud personal a través de programas que se centran en los valores, en desarrollar hábitos saludables y que cada uno asuma la responsabilidad hacia un consumo moderado.

Programas municipales de prevención de drogas desde la escuela

Desde el Ayuntamiento de Huesca se proporciona a los centros educativos los siguientes recursos.

Programa la aventura de la vida: se trata de un programa dedicado a la educación de la salud del que se pueden beneficiar los niños de entre 8 y 11 años. Este programa fue creado en Bilbao en el año 1998 pero desde entonces no ha parado de innovarse. A través del desarrollo positivo se trabajan las habilidades y hábitos saludables. Este programa está desarrollado para que se pueda trabajar a través de los educadores y los familiares ya que pueden acceder a los contenidos básicos del programa.

Programa Órdago: es una iniciativa de EDEX, esta organización sin ánimo de lucro nació en Bilbao en 1973 y desde entonces tiene como iniciativa diversos programas dirigidos a la prevención escolar del abuso de drogas para alumnos con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. A través de la promoción de habilidades para la vida, se estimulan los aprendizajes significativos en cuanto al entorno social y cultural del consumo de drogas. El contenido se centra en propuestas educativas en situaciones que se producen en la vida cotidiana de chicos y chicas adolescentes. Las habilidades para la vida se centran en 8 ejes temáticos que están relacionados con el mundo de las drogas.

Programa Retomemos: también es una iniciativa de EDEX en la que a través de la comunidad educativa, se les brinda los adolescentes estrategias que promueven el bienestar de los jóvenes gracias a la educación en valores y el entrenamiento en habilidades para la vida. Se trabajan tanto habilidades cognitivas, emocionales y sociales.

Programa Drojnet2: es un proyecto en el cual a través de las nuevas tecnologías de la información (TIC), los jóvenes pueden obtener información sobre la prevención y reducción de riesgos que conlleva el consumo de drogas. Gracias a las aportaciones de los jóvenes en los proyectos Drojnet y en el programa CómoTVes, se ha aprovechado la participación e implicación de este colectivo para elaborar y difundir los mensajes de este nuevo proyecto.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE PREVENCIÓN DE DROGAS DESDE LA ESCUELA

El ámbito educativo es uno de los ámbitos más importantes para trabajar la prevención de drogas, tal y como se ha descrito en apartados anteriores.

En este punto se van a describir varios programas a nivel estatal del que los alumnos se pueden beneficiar.

Programas construyendo salud: programa creado por el Gobierno de España, va dirigido a los alumnos que se encuentran en el último curso de Educación Primaria, es decir alumnos con edades comprendidas entre los 11 y los 12 años, o para alumnos que se encuentran el primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, 12-13 años. El programa consta de un manual para el profesor, otro manual para los alumnos y una cinta de relajación. Este programa se compone de varias sesiones en las que se abordan los

siguientes temas: tabaco, alcohol, toma de decisiones, persuasión y pensamiento independiente, publicidad, autoestima y superación, control emocional, habilidades de comunicación, habilidades sociales, tolerancia y cooperación y, actividades de ocio.

El secreto de la buena vida: juego de ordenador, disponible en la página web del Gobierno de Aragón, que está dirigido para alumnos de 10 a 12 y para profesores, con este juego interactivo se trata el consumo de tabaco y alcohol y los factores más influyentes en el inicio al consumo de estas sustancias. Se trata de un programa a nivel estatal, en el que los alumnos tienen que intentar conseguir la mayor puntuación posible en pantallas que tienen una dificultad creciente, según van pasando de nivel.

Proyecto Odisea: se trata de un recurso que se ofrece a los alumnos que se encuentran dentro de Centros de Garantía Social, actualmente conocidos como Centros Sociolaborales. Estos alumnos tienen edades comprendidas entre los 16 y los 21 años, que abandonaron la Educación Secundaria Obligatoria sin titulación y se encuentran en una situación en la que no disponen de los recursos suficientes ni las estrategias necesarias para insertarse dentro del ámbito laboral. La Guía está compuesta de 7 cuadernos además de material de apoyo, cada cuaderno afronta situaciones del consumo de drogas enfocadas desde un taller de empleo.

Aula virtual de la FAD: programa creado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, que ofrece formación online para prevenir, en los adolescentes, los problemas asociados a distintos riesgos psicosociales. Se trata de una estrategia preventiva que utiliza los beneficios de las TIC. En dicha aula, los alumnos dispondrán de información online sobre el manejo de dicha aula y de documentos y programas online, los tutores y los alumnos se pueden poner en contacto a través del correo y/o a través de los foros habilitados para que todos puedan expresar su opinión.

Programa Tú decides: programa municipal que se crea por primera vez en 1985 después del Plan Nacional Sobre Drogas. Este plan se utiliza con alumnos que se encuentran en la ESO, con edades comprendidas entre 13 y 16 años. Está estructurado en 4 unidades de 4 a 9 sesiones con una duración no más de 60 minutos. Los alumnos, en estas sesiones, deben trabajar la toma de decisiones de una manera responsable, ante situaciones que pueden encontrarse en el mundo real.

Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES): programa utilizado en las escuelas de la Comunidad Foral de Navarra, dirigido a alumnos de entre 6 y 11 años, con el que se trata promocionar estilos de vida saludables, reducir factores de riesgo y desarrollar factores de protección. Este recurso se utiliza desde varias de las áreas escolares y se trabajan temas transversales, tal y como proponen las Estrategias Nacionales descritas en apartados anteriores. El número de sesiones dependerá del ciclo en el que se encuentren los alumnos y las actividades están enfocadas hacia las actitudes y los valores, la toma de decisiones y la competencia individual de los alumnos a la hora de interactuar con otras personas.

Programa Prevenir Para Vivir: programa dirigido a alumnos navarros de 6 a 11 años, compuesto por 10 actividades distribuidas en diferentes bloques dependiendo de la temática que se trabaje. Se trata de un programa en el que se trabaja la prevención a través de tres áreas de desarrollo (afectivo, intelectual y social). Las actividades son preventivas y siguen la pauta del programa, que tiene como materiales una guía didáctica, un cuaderno de actividades para trabajar con los alumnos y un cuaderno para el trabajo con los padres y madres.

D-Rol: se trata de un juego educativo y lúdico que permite que los jóvenes puedan hacer reflexiones sobre las drogas mientras pasan un rato agradable con un juego de rol. Este juego va dirigido a adolescentes que ya han empezado el consumo de sustancias o se encuentran cercanos a empezar el consumo. Este proyecto da importancia al trabajo en grupo y como pueden influenciarnos los integrantes de nuestro grupo de iguales.

Programa Juego de Llaves: es un programa de prevención de situaciones consideradas de riesgo en relación con el consumo de drogas y con las conductas adictivas que se producen en los jóvenes. El programa está compuesto por herramientas que van dirigidas a profesores, a alumnos que se encuentran en la ESO y a las familias. Uno de los objetivos de este programa es reforzar conductas alternativas al consumo de sustancias, a través de la plataforma virtual en la que hay una supervisión continua por parte de técnicos especializados en prevención de drogas dentro de la Asociación proyecto Hombre. Este programa es una actualización del programa de prevención Universal “Entre Todos”. Este programa incluye un manual para el profesor y fichas de e-learning además de un foro de dudas.

Tabaquismo: guía de trabajo creada por la Confederación de Centros Juveniles Don Bosco que ha querido fomentar los hábitos saludables y la prevención del consumo de drogas entre los menores. Esta guía va dirigida a alumnos de entre 9 y 14 años y través de tres propuestas de actividades se intenta conseguir los objetivos. Las herramientas educativas que proponen para hacer una intervención desde el ámbito educativo son: gymkana para la prevención del consumo de tabaco en menores (niños de 9-11 años), dinámicas para la prevención del consumo de tabaco en menores (jóvenes de 12-14 años) y actividades grupales para el fomento de la creatividad y la reflexión.

Programa Con las drogas no te la juegues: se trata de un juego interactivo creado por la Cruz Roja y que va dirigido a adolescentes con una edad comprendida entre los 13 y los 18 años. En este juego los alumnos tienen tres bloques (alcohol, drogas ilegales y tabaco) en los que se les informa sobre la naturaleza de estas drogas y las consecuencias de su consumo.

CONCLUSIONES

El consumo de drogas es un problema de salud pública que afecta tanto a la persona que realiza el consumo como a las personas que se encuentran dentro de los ámbitos familiares, sociales, laborales, ... de dichas personas.

Existen muchos modelos y teorías sobre el consumo de drogas, pero dentro de las más utilizadas para crear los planes de intervención, cabría destacar la teoría del aprendizaje social y la teoría cognitiva de Bandura y los modelos de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat.

Para que los planes de prevención sean efectivos, se debe hacer un estudio de la situación previa en la que se encuentran las personas afectadas e involucrar a diferentes instituciones para crear programas de actuación centrados en unos objetivos específicos y de los que se puedan beneficiar todos los ciudadanos independientemente del sexo, edad, cultura.

El perfil de los consumidores está sufriendo constantemente cambios debido a la aparición de nuevas drogas ilegales de consumo a las que los adolescentes pueden acceder sin dificultad.

También ha habido un cambio en la edad de inicio del consumo del alcohol, tabaco y cannabis, ya que cada vez los adolescentes empiezan a consumir a edades más tempranas, siendo este número mayor entre las jóvenes de sexo femenino.

Otro de los cambios que se está produciendo en el consumo de dichas drogas, es que ha pasado de ser un consumo en personas que se encontraban principalmente en situaciones marginales (década de los 80) a un consumo de manera lúdica y en grupo que se realiza con más asiduidad los fines de semana, entre los jóvenes de la actualidad.

En Aragón las sustancias que más consumen los jóvenes que se encuentran en edad escolar son el alcohol, cannabis y tabaco.

Actualmente, el Gobierno de Aragón junto con la comunidad educativa, realizan programas de prevención que se llevan a cabo desde las aulas, siendo los programas más utilizados: Aventura de la vida, Órdago, Retomemos y Drojnet2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammerman, R., Kolko, D., Kirisci, L., Blackson, T. y Dawes, M. (1999). Child abuse potential in parents with histories of substance abuse disorder. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1225-1238.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Aula Virtual. Fundación de Ayuda contra la Adicción. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://www.aulavirtualfad.org/>
- Azjen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Azjen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becker, G., Murphy, K. y Grossman, M. (2004). *The Economic Theory of Illegal Goods: The Case of Drugs*. NBER Working Paper No.10976.
- Becoña, E. (1999). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 1, 11-20.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3, 33-356.
- Burgess, P. (1997). Theory and methodology in executive function research. In: P. Rabbit (Ed.). *Theory and Methodology of Frontal and Executive Function* (pp.81-116). Hove, U.K.: Psychology Press.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G., y Borrás, M. (1992). *Tú decides*, Programa de educación sobre drogas, 3ª edición. Palma de Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.

- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling of etiology of adolescent substance use: A test of the social development model: *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Chatlso, J.C. (1996). Recent trends and development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Con las drogas no te la juegues*. Cruz Roja. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: http://www.cruzroja.es/juego_drogas/
- Díaz, R. y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud; factores de riesgo y de protección. Zaragoza: *Acciones e investigaciones sociales*, 26, 161-187.
- Drojnet2 (2011). Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://drojnet2.eu>
- D-ROL. Juego de Rol Preventivo sobre los riesgos asociados a las drogas*. Material para el profesional de referencia. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: http://hemerotecadrogues.cat/docs/D_Rol_profesionales.pdf
- El secreto de la buena vida*. Gobierno de Aragón. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://www.aragon.es/portal/site/GobiernoAragon/menuitem.364c2a41c0e04ec3871e10d354a051ca/?vgnextoid=35d614c971cbd210VgnVCM1000002e551bacRCRD&vgnnextfmt=default>
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016 (2009). *Plan de Acción sobre Drogas (2009-2012)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016 (2009). *Plan de Acción sobre Drogas (2013-2016.)* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Flay, B.R., y Petraitis, J. (1995). Reviewing theories of adolescents substances use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bolletin*, 1, 67-86.
- Glantz, M.D. (1992). A development pscopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds). *Vulnerability to drug abuse*. (pp.389-418). Washington, DC: America Psychological Assotiation.
- Instituto Nacional sobre el abuso de drogas. *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*, 2ª edición. Maryland: departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.

- Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Express.
- Juego de llaves. Asociación Proyecto Hombre. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://proyectohombre.es/blog/juegodellaves/>
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure: *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.
- Kim, S., Crutchfield, C. Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- La Aventura de la Vida. (2014). Entidad: EDEX. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://www.laaventuradelavida.net>
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Luengo, M.A., Gómez, J.A., Garra, A. y Romero, E. (2002). *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo Fernández, P. María Ladero, J. Leza Cerro, J.M. y Lizasoain Hernández, I. (Eds), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp 1-25). Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana.
- Maya Jariego, I. y Holgado, D. (2004). *Implementación y potenciación comunitaria en la prevención de drogodependencias en el contexto educativo de Écija*. Laboratorio de Redes Personales y Comunidades, Universidad de Sevilla. Estudio patrocinado por la Delegación Provincial de Asuntos Sociales de Sevilla de la Junta de Andalucía.
- Modelo de salud pública, creencias de salud y de competencia*. Psicología Online. Consultado el 18 de diciembre de 2017. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/pir/modelo-de-salud-publica-de-creencias-de-salud-y-de-competencia.html>

- Moreno, G. y Gamonal, A. (2006). *Odisea, Proyecto Piloto de Prevención de Drogas en Centros de Garantía Social*. Madrid: Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescent: Construct validation, sex differences and associations in adulthood. *Journal of Drugs Issues*, 26, 477-504.
- Oetting, E. y Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse*, 33, 95-1026.
- ¡Órdago! Afrontar el desafío de las drogas. Entidad: EDEX. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://www.ordago.net/>
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Pandina, R., Johnson, V. y Labouvie, E. (1992). *Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence*.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Pentz, M. A., Bonnie, R. J. y Shopland, D. R. (1996). Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist*, 39, 897-910.
- Plan Integral de Prevención de Drogas (PIPES). Materiales educativos. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/f5bf48b8-f8b3-4110-a8b9-fadbeb007cb7/225459/materiales_educativos.pdf
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1999). Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Prevenir Para Vivir. Materiales educativos. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/f5bf48b8-f8b3-4110-a8b9-fadbeb007cb7/225459/materiales_educativos.pdf
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

- Retomemos* (2016). Entidad: EDEX. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: <http://www.retomemos.com/>.
- Santacreu, J., Froján, M.X, y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). Madrid. *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201-215.
- Santacreu, J., y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). Madrid. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- Tabaquisno. Material didáctico para la prevención del consumo de tabaco en menores. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: http://www.confedonbosco.org/sites/default/files/contenidos_materiales_tabaco_definitivo.pdf
- Tienes ojos en la cara*. Teorías explicativas del consumo de drogas. Consultado el 20 de junio de 2017. Recuperado de: <http://tienesojosenlacara.blogspot.com.es/2013/12/teorias-explicativas-del-consumo-de.html>
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891.
- Tú decides*. Programa Municipal de Prevención de drogodependencias en el ámbito escolar. Consultado el 18 de abril de 2018. Recuperado de: https://www.zaragoza.es/cont/paginas/encasa/pdf/tude_prof.pdf
- Waldrom, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. *Advances in Clinical Childhood Psycology*, 19, 199-234.
- Werch, D.E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- World Health Organization (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España.

ANEXO I

Trastornos relacionados con el alcohol	
Trastorno por consumo de alcohol	
A. Un modelo problemático de consumo de alcohol provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses.	<ol style="list-style-type: none">1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto.2. Existe deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o intrapersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

	<p>7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.</p> <p>8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las provoca un riesgo físico.</p> <p>9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.</p> <p>10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol. <p>11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
--	--

Intoxicación por alcohol	
A. Ingesta reciente de alcohol.	
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol.	
C. Uno (o más) de los signos o síntomas que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.	1. Habla pastosa. 2. Incoordinación. 3. Marcha insegura. 4. Nistagmo. 5. Alteración de la atención o de la memoria. 6. Estupor o coma.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	
Abstinencia de alcohol	

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.	
B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo. 2. Incremento del temblor de las manos. 3. Insomnio. 4. Náuseas o vómitos. 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas. 6. Agitación psicomotora. 7. Ansiedad. 8. Convulsiones tonicoclónicas generalizadas.
C. Los signos o síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	
Trastornos relacionados con el cannabis	

Trastorno por consumo de cannabis	
A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:	<ol style="list-style-type: none">1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca riesgo físico.

	<p>9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.</p> <p>10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis. <p>11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis. b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
Intoxicación por cannabis	
A. Consumo reciente de cannabis	

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.	
C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inyección conjuntival. 2. Aumento del apetito. 3. Boca seca. 4. Taquicardia.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	
Abstinencia de cannabis	
A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado.	
B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irritabilidad, rabia o agresividad. 2. Nerviosismo o ansiedad. 3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).

	<p>4. Pérdida de apetito o peso.</p> <p>5. Intranquilidad.</p> <p>6. Estado de ánimo deprimido.</p> <p>7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativo</p>
C. Los signos o síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.	
Trastornos relacionados con el tabaco	
Trastorno por consumo de tabaco	
A. Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al	1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:	<p>2. Existe deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.</p> <p>3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.</p> <p>4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.</p> <p>5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.</p> <p>6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco.</p> <p>7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.</p> <p>8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico.</p> <p>9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.</p> <p>10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:</p>
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado. b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco. <p>11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco. b. Se consume tabaco para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
Abstinencia de tabaco	
A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.	
B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los siguientes signos o síntomas siguientes:	<ul style="list-style-type: none"> 1. Irritabilidad, frustración o rabia. 2. Ansiedad. 3. Dificultad para concentrarse. 4. Aumento del apetito.

	<p>5. Intranquilidad.</p> <p>6. Estado de ánimo deprimido.</p> <p>7. Insomnio.</p>
<p>C. Los signos o síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	
<p>D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.</p>	

ANEXO II

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	
CIRCUNSTANCIA	TRASTORNO
Dependencia del alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda.	Dependencia de alcohol con intoxicación, no especificada.
Dependencia del alcohol (alcoholismo) sin intoxicación alcohólica aguda.	Dependencia de alcohol, sin complicaciones.
Como etílico.	Intoxicación accidental por alcohol. Coma no especificado.
Abuso del alcohol sin dependencia del alcohol (alcoholismo).	Abuso del alcohol con intoxicación, no especificada.
Deprivación alcohólica. Dependencia de alcohol y otras drogas.	Dependencia del alcohol con abstinencia.
Intoxicación o envenenamiento por alcohol.	Intoxicación accidental por alcohol.
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DROGAS	

CIRCUNSTANCIA	TRASTORNO
Dependencia o adicción a drogas diferentes a alcohol.	Dependencia a drogas.
Politoxicomanía.	Dependencia de otras sustancia psicoactiva, sin complicaciones.
Abuso de drogas.	Abuso de drogas.
Síndrome de abstinencia de drogas (excluido el alcohol). Ex ADVP en programa de desintoxicación con Metadona.	Dependencia de drogas con abstinencia.
Intoxicación o envenenamiento por drogas.	Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas.
FACTORES RELACIONADOS CON EL TABACO	
CIRCUNSTANCIA	TRASTORNO
Paciente fumador o en tratamiento antitabáquico	Dependencia a nicotina no especificada, sin complicaciones.
Historia de uso de tabaco (exfumador)	Historia personal de dependencia a nicotina.
Fumador pasivo	Contacto y (sospecha de) exposición al humo del tabaco ambiental.

	Exposición perinatal al humo del tabaco (tabaquismo de los padres). Exposición ocupacional al humo del tabaco ambiental.
Intoxicación por tabaco y nicotina.	Intoxicación por tabaco y nicotina.
Embarazada fumadora.	Hábito de fumar (tabaco) que complica embarazo, parto, puerperio.
Uso de tabaco.	Consumo de tabaco (eventual, no constante).